

## TESSERAMENTO CANOTTAGGIO UISP 2022

società \_\_\_\_\_

codice \_\_\_\_\_

disciplina **CANOTTAGGIO**

### **ATTENZIONE ! Documenti da allegare**

- n. 2 fotografie formato tessera;
  - autocertificazione anagrafica firmata dall'atleta o da chi ne fa le veci;
  - copia documento identità oppure tessera UISP anno 2021
- e
- **copia certificato medico**  
(agonistico per gli atleti, non agonistico per i timonieri)

## IL SOTTOSCRITTO:

Cognome		Nome		in qualità di Legale Rappresentante dell'Assoc., Soc. Sportiva, Circolo:
Denominazione				codice uisp C 0 3

## CHIEDE IL RILASCIO DELLE TESSERE UISP E RELATIVE COPERTURE ASSICURATIVE 2021/2022 PER:

## DIRIGENTI (costo € 20,00)

RIN (5)	COGNOME	NOME	SS	NATO IL	COMUNE	CODICE FISCALE	RESIDENTE IN VIA				COMUNE	FIRMA (***)	
1													
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)			
2													
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)			
3													
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)			
4													
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)			
5													
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)			
6													
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)			
7													
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)			
8													
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)			

(1) indicare tipo Tessera

(2) indicare R1 per ruolo "Dirigente", R2 per ruolo "Tecnico", R3 per ruolo "Giudice/Arbitro" (in caso di più ruoli vanno indicati tutti)

(3) indicare eventuale garanzia integrativa richiesta

(4) indicare P per Praticante e A per agonista

(5) segnalare con una X le persone già tesserate UISP2019/2020

FIRMA (\*\*\*) Per consenso D.Lgs 196/2003,Regol. UE 2016/679 e accettaz. Tesseram. (\*)

(\*) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI il sottoscritto - ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ed ex art. 13 del Regol. UE 2016/679) - presta all'UISP il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa pubblicata sul sito internet www.uisp.it ed esposta presso le sedi del Comitato Territoriale UISP - delle persone soprageneralizzate dichiara di aver ricevuto singole autorizzazioni scritte in tal senso e di conservarle presso la sede legale; per i minori in elenco dichiara di aver ricevuto il consenso da chi ne esercita la potestà genitoriale

(\*) ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti UISP, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista - consultabile sul sito www.uisp.it e presso il Comitato UISP - a comunicare tutte le variazioni cariche sociali e comunque tutto quanto previsto dall'ordinamento sportivo e/o del Terzo Settore. Dichiara inoltre, ai sensi del DPR 445/2000: di essere in possesso del certificato medico in originale in corso di validità delle persone di cui chiede il tesseramento per le quali in relazione all'attività svolte vige l'obbligo di legge; di essere in possesso di certificato medico agonistico con riferimento ai propri atleti tesserati che iscrive ad attività competitive/agonistiche svolte in ambito associativo UISP; si impegna a comunicare tempestivamente al Comitato UISP eventuali variazioni rispetto alle condizioni di cui sopra, restando unico soggetto responsabile della conservazione della certificazione medica delle persone

La Spezia / Sarzana, li

firma

## IL SOTTOSCRITTO:

Cognome		Nome		in qualità di Legale Rappresentante dell'Assoc., Soc. Sportiva, Circolo:			
Denominazione				codice uisp	C	0	3

## CHIEDE IL RILASCIO DELLE TESSERE UISP E RELATIVE COPERTURE ASSICURATIVE 2021/2022 PER:

## SENIORES (costo € 10,00)

RIN (5)	COGNOME	NOME	SES	NATO IL	COMUNE	CODICE FISCALE	RESIDENTE IN VIA				COMUNE	FIRMA (***)	
1													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
2													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
3													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
4													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
5													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
6													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
7													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
8													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		

(1) indicare tipo **Tesser**(2) indicare **R1** per ruolo "Dirigente", **R2** per ruolo "Tecnico", **R3** per ruolo "Giudice/Arbitro" (in caso di più ruoli vanno indicati tutti)

(3) indicare eventuale garanzia integrativa richiesta

(4) indicare **P** per Praticante e **A** per agonista(5) segnalare con una **X** le persone già tesserate UISP2019/2020**FIRMA (\*\*\*)** Per consenso D.Lgs 196/2003,Regol. UE 2016/679 e accettaz. Tesseram. (\*)

(\*) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI il sottoscritto - ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ed ex art. 13 del Regol. UE 2016/679) - presta all'UISP il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa pubblicata sul sito internet [www.uisp.it](http://www.uisp.it) ed esposta presso le sedi del Comitato Territoriale UISP - delle persone soprageneralizzate dichiara di aver ricevuto singole autorizzazioni scritte in tal senso e di conservarle presso la sede legale; per i minori in elenco dichiara di aver ricevuto il consenso da chi ne esercita la potestà genitoriale

(\*) ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti UISP, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista - consultabile sul sito [www.uisp.it](http://www.uisp.it) e presso il Comitato UISP - a comunicare tutte le variazioni cariche sociali e comunque tutto quanto previsto dall'ordinamento sportivo e/o del Terzo Settore. Dichiara inoltre, ai sensi del DPR 445/2000: di essere in possesso del certificato medico in originale in corso di validità delle persone di cui chiede il tesseramento per le quali in relazione all'attività svolte vige l'obbligo di legge; di essere in possesso di certificato medico agonistico con riferimento ai propri atleti tesserati che iscrive ad attività competitive/agonistiche svolte in ambito associativo UISP; si impegna a comunicare tempestivamente al Comitato UISP eventuali variazioni rispetto alle condizioni di cui sopra, restando unico soggetto responsabile della conservazione della certificazione medica delle persone

La Spezia / Sarzana, li

firma

**IL SOTTOSCRITTO:**

Cognome	Nome	in qualità di Legale Rappresentante dell'Assoc., Soc. Sportiva, Circolo:				
Denominazione	codice uisp			C	0	3

**CHIEDE IL RILASCIO DELLE TESSERE UISP E RELATIVE COPERTURE ASSICURATIVE 2021/2022 PER:**

**JUNIORES (costo € 10,00)**

RIN (5)	COGNOME	NOME	SSS	NATO IL	COMUNE	CODICE FISCALE	RESIDENTE IN VIA				COMUNE	FIRMA (***)		
1														
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)				
2														
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)				
3														
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)				
4														
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)				
5														
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)				
6														
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)				
7														
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)				
8														
	e-mail			tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)				

- (1) indicare tipo **Tesser** (2) indicare **R1** per ruolo "Dirigente", **R2** per ruolo "Tecnico", **R3** per ruolo "Giudice/Arbitro" (in caso di più ruoli vanno indicati tutti) (3) indicare eventuale garanzia integrativa richiesta  
 (4) indicare **P** per Praticante e **A** per agonista (5) segnalare con una **X** le persone già tesserate UISP 2019/2020 **FIRMA (\*\*\*)** Per consenso D.Lgs 196/2003,Regol. UE 2016/679 e accettaz. Tesseram. (\*)

(\*) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI il sottoscritto - ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ed ex art. 13 del Regol. UE 2016/679) - presta all'UISP il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa pubblicata sul sito internet www.uisp.it ed esposta presso le sedi del Comitato Territoriale UISP - delle persone soprageneralizzate dichiara di aver ricevuto singole autorizzazioni scritte in tal senso e di conservarle presso la sede legale; per i minori in elenco dichiara di aver ricevuto il consenso da chi ne esercita la potestà genitoriale  
 (\*) ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti UISP, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista - consultabile sul sito www.uisp.it e presso il Comitato UISP - a comunicare tutte le variazioni cariche sociali e comunque tutto quanto previsto dall'ordinamento sportivo e/o del Terzo Settore. Dichiara inoltre, ai sensi del DPR 445/2000: di essere in possesso del certificato medico in originale in corso di validità delle persone di cui chiede il tesseramento per le quali in relazione all'attività svolte vige l'obbligo di legge; di essere in possesso di certificato medico agonistico con riferimento ai propri atleti tesserati che iscrive ad attività competitive/agonistiche svolte in ambito associativo UISP; si impegna a comunicare tempestivamente al Comitato UISP eventuali variazioni rispetto alle condizioni di cui sopra, restando unico soggetto responsabile della conservazione della certificazione medica delle persone

La Spezia / Sarzana, li

firma

## IL SOTTOSCRITTO:

Cognome		Nome		in qualità di Legale Rappresentante dell'Assoc., Soc. Sportiva, Circolo:			
Denominazione				codice uisp	C	0	3

## CHIEDE IL RILASCIO DELLE TESSERE UISP E RELATIVE COPERTURE ASSICURATIVE 2021/2022 PER:

## UNICA FEMMINILE (costo € 10,00)

RIN (5)	COGNOME	NOME	SS	NATO IL	COMUNE	CODICE FISCALE	RESIDENTE IN VIA				COMUNE	FIRMA (***)	
1													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
2													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
3													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
4													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
5													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
6													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
7													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
8													
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		

(1) indicare tipo **Tesser**(2) indicare **R1** per ruolo "Dirigente", **R2** per ruolo "Tecnico", **R3** per ruolo "Giudice/Arbitro" (in caso di più ruoli vanno indicati tutti)

(3) indicare eventuale garanzia integrativa richiesta

(4) indicare **P** per Praticante e **A** per agonista(5) segnalare con una **X** le persone già tesserate UISP2019/2020**FIRMA (\*\*\*)** Per consenso D.Lgs 196/2003,Regol. UE 2016/679 e accettaz. Tesseram. (\*)

(\*) **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** il sottoscritto - ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ed ex art. 13 del Regol. UE 2016/679) - presta all'UISP il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa pubblicata sul sito internet [www.uisp.it](http://www.uisp.it) ed esposta presso le sedi del Comitato Territoriale UISP - delle persone soprageneralizzate dichiara di aver ricevuto singole autorizzazioni scritte in tal senso e di conservarle presso la sede legale; per i minori in elenco dichiara di aver ricevuto il consenso da chi ne esercita la potestà genitoriale

(\*) **ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO** Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti UISP, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista - consultabile sul sito [www.uisp.it](http://www.uisp.it) e presso il Comitato UISP - a comunicare tutte le variazioni cariche sociali e comunque tutto quanto previsto dall'ordinamento sportivo e/o del Terzo Settore. Dichiara inoltre, ai sensi del DPR 445/2000: di essere in possesso del certificato medico in originale in corso di validità delle persone di cui chiede il tesseramento per le quali in relazione all'attività svolte vige l'obbligo di legge; di essere in possesso di certificato medico agonistico con riferimento ai propri atleti tesserati che iscrive ad attività competitive/agonistiche svolte in ambito associativo UISP; si impegna a comunicare tempestivamente al Comitato UISP eventuali variazioni rispetto alle condizioni di cui sopra, restando unico soggetto responsabile della conservazione della certificazione medica delle persone

La Spezia / Sarzana, li

firma

**IL SOTTOSCRITTO:**

Cognome		Nome	in qualità di Legale Rappresentante dell'Assoc., Soc. Sportiva, Circolo:											
Denominazione							codice uisp	C	0	3				

**CHIEDE IL RILASCIO DELLE TESSERE UISP E RELATIVE COPERTURE ASSICURATIVE 2021/2022 PER:**

**TIMONIERI (costo € 10,00)**

RIN (5)	COGNOME	NOME	SS	NATO IL	COMUNE	CODICE FISCALE	RESIDENTE IN VIA				COMUNE	FIRMA (***)	
1													FIRMA (***)
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
2													FIRMA (***)
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
3													FIRMA (***)
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
4													FIRMA (***)
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		
5													FIRMA (***)
	e-mail				tel/cell		attività	T (1)	R (2)	INT. (3)	P/A (4)		

- (1) indicare tipo **Tessera** (2) indicare **R1** per ruolo "Dirigente", **R2** per ruolo "Tecnico", **R3** per ruolo "Giudice/Arbitro" (in caso di più ruoli vanno indicati tutti) (3) indicare eventuale garanzia integrativa richiesta  
 (4) indicare **P** per **Praticante** e **A** per **agonista** (5) segnalare con una **X** le persone **già tesserate UISP2019/2020** **FIRMA (\*\*\*)** Per consenso D.Lgs 196/2003,Regol. UE 2016/679 e accettaz. Tesseram. (\*)

(\*) **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** il sottoscritto - ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (ex art. 13 D.lgs. 196/2003 ed ex art. 13 del Regol. UE 2016/679) - presta all'UISP il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa pubblicata sul sito internet [www.uisp.it](http://www.uisp.it) ed esposta presso le sedi del Comitato Territoriale UISP - delle persone soprageneralizzate dichiara di aver ricevuto singole autorizzazioni scritte in tal senso e di conservarle presso la sede legale; per i minori in elenco dichiara di aver ricevuto il consenso da chi ne esercita la potestà genitoriale

(\*) **ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO** Inoltre, il sottoscritto si impegna a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti UISP, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista - consultabile sul sito [www.uisp.it](http://www.uisp.it) e presso il Comitato UISP - a comunicare tutte le variazioni cariche sociali e comunque tutto quanto previsto dall'ordinamento sportivo e/o del Terzo Settore. Dichiara inoltre, ai sensi del DPR 445/2000: di essere in possesso del certificato medico in originale in corso di validità delle persone di cui chiede il tesseramento per le quali in relazione all'attività svolte vige l'obbligo di legge; di essere in possesso di certificato medico agonistico con riferimento ai propri atleti tesserati che iscrive ad attività competitive/agonistiche svolte in ambito associativo UISP; si impegna a comunicare tempestivamente al Comitato UISP eventuali variazioni rispetto alle condizioni di cui sopra, restando unico soggetto responsabile della conservazione della certificazione medica delle persone

**La Spezia / Sarzana, li** **firma**